

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903. — N° 191.

RHUMATISME

TUBERCULEUX ABARTICULAIRE

Entéro-Colite d'origine tuberculeuse

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Juillet 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph BORREIL

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né le 2 Mai 1878, à Ponteilla (Pyrénées-Orientales)



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

Rue Stella, 3

1903

RHUMATISME

TUBERCULEUX ABARTICULAIRE

Entéro-Colite d'origine tuberculeuse



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903. — N° 191.

RHUMATISME

TUBERCULEUX ABARTICULAIRE

Entéro-Colite d'origine tuberculeuse

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Juillet 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph BORREIL

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né le 2 Mai 1878, à Ponteilla (Pyrénées-Orientales)



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

Rue Stella, 3

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	WEILL.
Matière médicale et Botanique	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.	X...
Physiologie.	LORTET.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie externe.	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	MORAT.
Anatomie pathologique	TEISSIER.
Médecine opératoire	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.	MAYET.
Médecine légale	TRIPIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.)
	SOULIER.
	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.) agrégé
Maladie des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLEL.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAN D	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. VALLAS, Assesseur ;
MM. DURAND et TIXIER, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale.
Correspondant de l'Académie de Médecine.
Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Les recherches de M. le Professeur Poncet sur le rhumatisme tuberculeux, rhumatisme articulaire et extra-articulaire, ont nettement montré, en particulier pour les articulations, qu'à côté de la tuberculose classique, c'est-à-dire avec les produits considérés comme spécifiques, granulations, tubercules, caséification, suppuration, etc., il existait une tuberculose simplement inflammatoire, c'est-à-dire n'engendrant, comme d'autres infections, que des lésions réactionnelles sans caractère morphologique particulier. Il était naturel de penser que ces lésions plutôt para-tuberculeuses ou d'origine tuberculeuse que tuberculeuses pouvaient, comme l'a dit, dès le début, M. le Professeur Poncet, frapper d'autres tissus, d'autres appareils, d'autres organes et déjà la question a été étudiée à ce point de vue, par divers travaux de l'école de Lyon sur les méningopathies, les cardiopathies, etc., d'origine bacillaire.

Il nous a semblé qu'une étude du même ordre pouvait être faite pour l'intestin et que ce qui était vrai

pour des articulations, pour la peau, le rein, etc., en ne parlant que des grandes voies d'élimination des poisons de l'organisme devait l'être pour l'intestin. Dans cette étude, nous nous proposons d'envisager non pas la tuberculose classique dans sa forme virulente bien connue avec tubercules, ulcérations, etc., mais des manifestations atténuées du poison tuberculeux, n'allant pas jusqu'à l'édification pathologique bien connue dont nous avons déjà parlé, mais se bornant à des douleurs, à des troubles fonctionnels qui peuvent aller depuis la simple entéralgie jusqu'à des scléroses plus ou moins étendues avec rétrécissement de l'intestin.

En un mot, nous pensons que s'il existe des toxituberculides cutanées, à forme diffuse ou circonscrite, des arthralgies, des arthrites, etc., dues au virus tuberculeux et affectant alors les allures d'un pseudo-rhumatisme, ou peut rencontrer les mêmes manifestations du côté de l'intestin.

Nous cherchons à démontrer qu'à côté d'une tuberculose intestinale bien connue dans sa double forme clinique et anatomique il existe une autre variété qui a pu être étudiée jusqu'à présent sous le nom de : troubles intestinaux, entéralgie, diarrhée, etc., chez des tuberculeux et qui mérite le même nom avec, toutefois, cette modification pathogénique importante, d'entéralgie, d'entéro-colite d'origine tuberculeuse et caractérisée anatomiquement, comme dans le rhumatisme articulaire tuberculeux, par des lésions simplement inflammatoires qui ne se différencient pas de celles produites par d'autres poisons.

Nous tenons, avant d'entrer en matière, à exprimer respectueusement nos sentiments de vive gratitude à notre maître, M. le professeur PONCET, pour l'honneur qu'il nous a fait en nous confiant ce sujet de thèse et pour avoir daigné en accepter la présidence.

Nous remercions M. le docteur VIGNARD, chef de clinique chirurgicale, pour sa bienveillance et ses conseils.

Que tous nos maîtres, dans les hôpitaux, et en particulier M. RABOT, qui a bien voulu nous communiquer une observation, agréent ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Les poisons du tube gastro-intestinal ont une origine complexe : les uns viennent tout formés de l'extérieur, ce sont les aliments ; les autres prennent naissance dans les cavités digestives ; une dernière catégorie provient de l'organisme, ce sont les produits de sécrétion ou d'élimination des glandes digestives ou de l'intestin. La muqueuse gastro-intestinale et les glandes annexes servent en effet d'émonctoire et éliminent une partie des produits de la désassimilation de l'organisme ou des poisons introduits dans l'économie : le virus de la rage, le plomb du saturnin, le mercure, le phosphore, l'arsenic, le cuivre, le bismuth s'éliminent par la salive ; la muqueuse digestive est la voie élective par laquelle les substances minérales (mercure, fer) abandonnent l'organisme. Le rôle de l'émonctoire intestinal, en particulier, dans l'élimination de certaines substances toxiques est attesté par les selles souvent fétides

des personnes fréquentant les amphithéâtres d'autopsie : cette fétidité, comme dit Bouchard, rappelle l'odeur putride des émanations cadavériques. Comme témoins des fermentations intestinales, nous avons la toxicité urinaire et la toxicité des fèces ; MM. Arloing et Nicolas injectant des extraits aqueux et alcooliques dans la veine jugulaire du lapin, ont ainsi provoqué des convulsions, de la diarrhée, de l'hypothermie et finalement la mort qui survenait tantôt rapidement, tantôt lentement ; chaque centimètre cube d'extrait répondait à 4 ou 2 grammes de matières.

Or, l'intensité même de ces fermentations est, en raison directe de leur richesse en alcaloïdes, produits sécrétés véritablement par les bactéries, et il est si vrai que les microorganismes ont un rôle important dans la genèse des poisons de l'intestin que sous l'influence de l'ingestion des antiseptiques ceux-ci diminuent très rapidement.

Il est possible, disait M. Arloing, dans ses leçons sur la tuberculose pulmonaire, que les bacilles de Koch, contenus dans les lésions tuberculeuses pulmonaires fabriquent des substances solubles prédisposantes ; l'hypothèse ainsi émise ne fut pas longtemps sans être pleinement confirmée et l'on sait aujourd'hui que ce microbe, comme les microbes en général, sécrète des produits solubles qui imprègnent le milieu ambiant, se répandent dans tout l'organisme et vont causer, souvent sur des points très éloignés, des accidents jadis imputés au microbe lui-même. Ces notions acquises, nous allons essayer de montrer que certaines toxines, celle du bacille de Koch est de ce nombre, ont

la propriété de produire, une fois injectées dans un organisme quelconque, des réactions nettement caractéristiques. en particulier du côté de l'intestin. MM. Courmont et Doyon, dans leurs expériences sur le poison diphtérique, ont vu, que chez des chiens morts à la suite d'injection de 1 centimètre cube à 1 centimètre cube 1/2 de toxine, il existait une vive congestion, des hémorrhagies, des infarctus, des ecchymoses des organes internes et des muqueuses; avec une dose allant à 2 centimètres cubes l'intestin présentait quelquefois des lésions plus accusées qu'une simple congestion; les plaques de Peyer étaient tuméfiées, très saillantes, plus congestionnées que le reste de la muqueuse et recouvertes d'un exsudat blanchâtre et adhérent. Injectant ensuite jusqu'à 50 centimètres cubes ils ont trouvé à l'autopsie tous les organes vivement congestionnés, mais l'intestin grêle présentait des lésions bien plus importantes; ouvert, il offrait dans toute sa longueur, mais surtout dans sa moitié inférieure, de l'entérite pseudo-membraneuse. La surface était totalement occupée par une substance jaunâtre, gélatineuse, peu adhérente, s'enlevant sous forme de lambeaux tremblotants; celle-ci écartée, la muqueuse apparaissait uniformément rouge foncé, quadruplée d'épaisseur, oedématiée, infiltrée, recouverte d'un mince enduit nacré très adhérent sur lequel se détachaient les plaques de Peyer très tuméfiées: ainsi donc la toxine diphtérique introduite dans le sang du chien avait produit ces énormes lésions limitées d'ailleurs à l'intestin grêle, siège principal de son élimination.

Cette entérite n'était pas le fait des microbes de l'intestin : la rapidité de son apparition constituait un premier argument ; en outre, dans une deuxième expérience, l'intestin avait été, avant l'injection, abondamment lavé avec une solution antiseptique et le résultat avait été identique.

Expérimentant avec la toxine sécrétée par le bacille pyocyanique, Charrin a le premier démontré la possibilité de produire des hémorrhagies intestinales par la seule injection d'un poison microbien débarrassé de ses germes ; il a vu les perturbations que l'on détermine du côté des capillaires avec des cultures stérilisées. « Je me suis assuré, dit-il, que les produits solubles, dans des conditions données, s'échappaient au travers des parois du tube digestif, allant des capillaires vers la lumière du tube ; il en résulte une irritation qui conduit à un stade inflammatoire » et il ajoute plus loin « l'intestin, le cœcum surtout, jouissent de véritables fonctions d'élimination et pour les poisons bacillaires et pour d'autres ».

Gilbert, inoculant des cultures filtrées de coli-bacille constatait, outre l'hypothermie, une diarrhée assez intense et il lui fut possible d'observer parfois des ulcérations de l'intestin.

Teissier et Guinard, après une injection de 20 à 50 cc mc de pneumobaciline dans la veine d'un chien notaient du péritaltisme intestinal s'annonçant par des borborygmes bruyants, des signes de coliques, bientôt suivis de défécations molles, parfois accompagnés de nausées et de vomissements. Si la dose injectée était trop forte ou si la culture était très riche les

symptômes étaient ininterrompus ; ils s'accusaient de plus en plus et même quelques heures après ils devenaient soudainement très violents, se compliquant du côté de l'intestin de phénomènes congestifs graves et les animaux mouraient après avoir présenté une dysenterie intense. Enfin, avec la toxine tétanique, Claude obtint des hémorrhagies interstitielles de la muqueuse de l'intestin.

Nous avons dit dans le cours de ce chapitre que le bacille de Koch sécrétait une toxine qui lancée dans le torrent circulatoire était capable de produire en des endroits bien différents de l'organisme des lésions souvent profondes.

L'étude histologique des reins sur les animaux traités établit que, en dehors des lésions tuberculeuses, l'administration de la lymphe de Koch détermine de la néphrite parenchymateuse.

Sur des reins privés de tubercules, on voit que les tubes contournés sont le siège d'une forte inflammation épithéliale ; les cellules sont gonflées, arrondies, granuleuses, troubles, à peine teintées par le picrocarminate. D'autres sont libres et mêlées à une petite quantité de matière amorphe, granuleuse ; elles obstruent la lumière des canalicules, elles sont arrondies, de volume variable, ou grosses ou très petites ; les tubes des anses de Henle sont malades ou sains, leurs cellules forment encore un revêtement régulier et les noyaux de celles-ci sont très bien colorés par le carmin, de telle sorte que ces tubes forment des traînées rouges au milieu des sinuosités pâles des tubes contournés. En définitive on trouve là, sans forma-

lion tuberculeuse, une inflammation caractérisée par le gonflement et la desquamation de l'épithélium des tubes contournés démontrant que la tuberculine exerce sur les éléments sécréteurs du rein une action très irritante. Coffin attribuait au contraire la néphrite des tuberculeux au traumatisme bacillaire direct des épithéliums du rein, mais les auteurs n'ont rien trouvé dans ce cas et les travaux de Borrel ont démontré que le bacille de Koch ne peut former dans le rein que la granulation tuberculeuse. Le docteur Carrière, injectant de la tuberculine à des animaux sains est arrivé à produire au niveau du foie des lésions variables, telles que vaso-dilatation des capillaires intra-lobulaires et foyers d'hémorrhagies interstitielles, nécrose spéciale des éléments cellulaires centro-lobulaires et même des lésions endothéliales de la veine porte dans les cas où la tuberculine a été injectée à fortes doses et dans les veines.

Si maintenant nous examinons ce qui se passe du côté de l'intestin, chez des cobayes auxquels on pratique une injection de la toxine tuberculeuse, nous voyons qu'ils ne tardent pas à mourir sans présenter de symptômes bien appréciables ; à l'autopsie on découvre une vaso-dilatation énorme de tout le système circulatoire intestinal accompagnée de diarrhée sanglante et d'entérite pseudo-membraneuse. Ici encore nous retrouvons ce phénomène si particulier de la vaso-dilatation : c'est que, comme la plupart des toxines microbiennes, la toxine tuberculeuse donne lieu, lorsqu'elle arrive à dose énorme dans le sang, à une vaso-dilatation qui a d'ailleurs été bien étudiée

par MM. Arloing, Rodet et Courmont, et l'on peut dire sans être taxé d'exagération que presque tous les poisons microbiens sont des vaso-dilateurs et des congestifs. Il n'est donc pas douteux que, pareillement au foie et au rein, l'intestin soit un lieu d'élimination très actif du poison tuberculeux.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

I. — La tuberculose intestinale peut être la première localisation de l'infection tuberculeuse, mais, habituellement, l'entérite tuberculeuse est devancée par la tuberculose pulmonaire, surtout par la phthisie pulmonaire. On voit en effet, à une certaine période, et souvent c'est la période ultime, des porteurs de lésions bacillaires, présenter des phénomènes analogues à ceux que nous nous proposons de décrire, consistant en douleurs abdominales plus ou moins fortes qu'accompagne presque toujours une diarrhée assez intense, cause puissante de dénutrition pour les malades et qui précipite le dénouement. Ce sont là des symptômes qui anatomiquement correspondent à des lésions nettement établies au niveau de l'intestin, constituées par des granulations et par des inflammations tuberculeuses ulcéreuses. Nous n'y insisterons pas davantage et nous n'avons rappelé cette forme

d'entérite que pour l'éliminer dès maintenant du cadre de notre étude. Il existe, en effet, à côté de cette tuberculose intestinale classique, une autre variété moins fréquente où se retrouvent d'ailleurs les deux éléments déjà indiqués plus haut, mais où l'élément douleur, semble-t-il, à l'inverse de ce qui généralement existe pour la première, prime l'élément diarrhée. Mais ce qui ferait la caractéristique de cette affection, ce serait l'absence de toute lésion intestinale destructive et à l'appui de cette hypothèse nous n'en voudrions pour preuve que la mobilité et la curabilité spontanée de ces phénomènes d'entéro-colite qui, comme nous le verrons, disparaissent totalement pour ne plus reparaitre souvent qu'au bout de huit à dix mois et plus. Toute la lésion se résume en un gonflement, en une congestion intense de la muqueuse due sans doute à cette vaso-dilatation que nous n'avons jamais vue en défaut dans les expériences relatées plus loin. C'est là, dira-t-on, une pure affirmation, en tout cas, elle ne va pas à l'encontre de la clinique qui plus d'une fois a diagnostiqué tuberculeux des organes dont les inoculations à des animaux ne laissent aucun doute sur leur nature et qui ne présentaient pas traces de lésions dites tuberculeuses.

Depuis longtemps déjà M. le professeur Poncet enseigne l'existence de la tuberculose sans réaction spécifique. « A côté, dit-il, des formes viscérales les plus virulentes, il existe des formes atténuées allant depuis la simple fluxion et la seule douleur jusqu'aux productions pathologiques plus ou moins tenaces, exsudats séreux, plastiques, sclérose. » Tout récem-

ment encore, le docteur Barbier, médecin des hôpitaux, dans une revue sur la tuberculose infantile écrivait, au sujet de la septicémie bacillaire, les lignes suivantes :

« Il m'arrive souvent de trouver à côté des lésions caséuses et des foyers de broncho-pneumonie, chez des enfants morts tuberculeux, des noyaux congestifs, violacés, bleuâtres, parfois comme hémorrhagiques ; ces noyaux ou ces foyers congestifs ne présentent à l'œil nu, aussi bien à leur surface que sur leur coupe, aucune trace de caséification, aucun aspect nodulaire pouvant faire soupçonner un néoplasme granuleux.

L'existence de ces foyers congestifs chez des malades ayant succombé à des symptômes de tuberculose et présentant, à l'autopsie, à côté et en dehors d'eux, des traces indiscutables de germination tuberculeuse récente, amène naturellement à penser qu'ils pourraient bien être, eux aussi, des manifestations tuberculeuses.

Pourquoi les granulations seraient-elles l'aboutissant forcé de l'inoculation bacillaire et celle-ci ne se manifesterait-elle point par des phénomènes congestifs ou broncho-pneumoniques, en apparence purement irritatifs et sans production néoplasique ? » A l'appui d'une telle assertion, il apporte l'autopsie d'un de ses malades mort d'une broncho-pneumonie ; nulle part, les nodules broncho-pneumoniques ne présentaient de signes ressemblant à un nodule tuberculeux, et cependant l'inoculation du poulmon à des cobayes donnant lieu à une tuberculose expérimentale, faisait la preuve probable de la nature bacillaire de la lésion.

Nous devons nous demander maintenant quelle interprétation il convient de donner à ces troubles intestinaux, fort bien compréhensibles lorsqu'il existe au niveau de cette muqueuse des granulations ou des ulcérations. L'intestin, on le sait, est le siège de phénomènes mécaniques consistant en mouvements péristaltiques et anti-péristaltiques. Que ces mouvements, faibles et lents à l'état normal, s'exagèrent, ils produisent les douleurs connues sous le nom de coliques. Il est également le siège de phénomènes chimiques liés à la sécrétion dont l'importance n'est pas des moindres dans l'acte de la digestion : les uns et les autres sont sous la même dépendance, qui est celle du système nerveux. Le grand sympathique, grâce aux nombreuses branches qu'il abandonne, dans sa portion thoracique, indépendamment du grand splanchnique, fournit un riche plexus, le plexus solaire, qui, à son tour, par les deux plexus d'Auerbach et de Meissner, distribue l'influx nerveux à l'intestin grêle et à la portion droite du côlon, le reste se trouvant sous l'innervation du plexus lombo-aortique ; mais à côté de ce système nerveux propre, probablement suffisant à l'état normal pour le faire contracter, il y a l'action des centres nerveux et l'excitation du pneumogastrique et peut-être du cervelet, du bulbe et de la moelle, active les contractions péristaltiques. La même remarque s'applique, s'il s'agit de la sécrétion : elle s'opère certainement par le concours simultanée de nerfs glandulaires jusqu'ici peu connus et de nerfs vasculaires, comme le montrent les actions vaso-motrices qui accompagnent l'activité de la glande : congestion et dilatation vasculaires, pulsa-

tions veineuses, rutilance du sang veineux. La physiologie nous apprend aussi que l'hypercrinie des glandes intestinales reconnaît dans certains cas une influence nerveuse centrale et la cause qui provoque l'excitation du centre nerveux vaso-moteur ou sécrétoire de l'intestin peut résider dans le centre nerveux même, influencé par un poison biologique ou exogène. Il est si vrai que la sécrétion intestinale est sous la dépendance du système nerveux, que la section des nerfs se rendant à une anse isolée, détermine dans celle-ci un afflux de liquide : or, à quoi est due la diarrhée, sinon à une augmentation de cette sécrétion intestinale à laquelle vient s'ajouter l'exagération du péristaltisme. Ces notions prouvent donc bien que les fonctions d'un organe peuvent se trouver troublées lorsque le système nerveux qui préside à celles-ci se trouve directement atteint ou n'est que le transmetteur d'un réflexe parti des centres mêmes sur lesquels s'est exercée une action toxique quelconque provenant, dans le cas actuel, du poison tuberculeux.

Nous connaissons ainsi le mécanisme de cette diarrhée, qui sera plus ou moins intense, suivant la plus ou moins grande virulence des toxi-tuberculides, plus ou moins persistante, suivant l'imprégnation plus ou moins profonde du système nerveux. A quelle cause devons-nous attribuer l'existence de ces douleurs parfois intolérables dont se plaignent les tuberculeux, autrement dit, quelle est la pathogénie de cette entéralgie ?

Perroud et Guéneau de Mussy pensaient que les névralgies chez les bacillaires étaient d'origine pure-

ment dyscrasique. « Dans la phtisie pulmonaire, disaient-ils, l'état du sang crée au système nerveux une sorte d'impressionnabilité exagérée, en vertu de laquelle se produisent certains troubles fonctionnels de sensibilité et de motilité ». L'explication qu'en donnait plus tard Perroud, en disant que ces accidents pouvaient être le résultat d'actes réflexes ayant leur point de départ dans le poumon malade, n'était guère plus plausible, si l'on se reporte aux conclusions auxquelles il était arrivé, et néanmoins une telle pathogénie était assez séduisante si l'on songe que, pareillement au poumon, l'intestin reçoit son influx nerveux des deux nerfs pneumogastrique et sympathique. Nous admettons donc que ces nerfs peuvent subir les atteintes de la toxine tuberculeuse, d'autant plus volontiers que le système nerveux, a-t-on dit, n'est pas sans aimer les toxines microbiennes. Ne savons-nous point que les névrites consécutives à la diphtérie sont uniquement dues à une intoxication par les produits solubles microbiens ? Les intoxications par le plomb, par l'arsenic, le mercure, donnent de véritables névralgies ; pourquoi n'en serait-il pas de même pour les tuberculeux ? Et de fait, au cours de la bacillose, il peut y avoir des irritations ou des altérations périphériques des nerfs ; les docteurs Villedieu et Vaissade ont apporté chacun leur contingent de faits à l'appui des névralgies tuberculeuses du sciatique et du trijumeau. Mettrons-nous cette entéralgie sur le compte d'une altération grossière du nerf qui, dans le cas présent, se nomme le sympathique ? Le docteur Carrière, par ses expériences, a bien démontré que les toxines tuberculeuses

étaient la véritable cause des névrites des tuberculeux ; mais la douleur de la névrite est généralement tenace : elle peut procéder par paroxysmes, mais elle a une longue durée ; il faut, en effet, que les fibres se régénèrent, pour que la douleur cesse définitivement, et cette régénérescence est très longue. Or, les phénomènes auxquels nous faisons allusion se distinguent par leur mobilité ; ils paraissent subitement, durent quelquefois quelques heures, pour disparaître complètement et se montrer de nouveau ; leur marche est souvent intermittente ; s'ils persistent quelques semaines, ils laissent après eux le malade dans le même état, ou à peu de chose près, qu'avant leur invasion. Le docteur Carrière, dans les expériences qu'il a entreprises avec des cultures filtrées de tuberculose, a pu constater également qu'à côté des névrites très intenses expliquant à merveille les symptômes présentés par les animaux, il en existait quelques-unes dont un examen minutieux ne révélait souvent, sous le champ du microscope, que des lésions extrêmement légères ; on le voit, tous les degrés peuvent se rencontrer, depuis la simple irritation, jusqu'à une destruction plus ou moins profonde des fibres nerveuses. Dès lors, s'impose à nous cette conclusion que la toxine tuberculeuse n'épargne pas davantage le sympathique qu'elle n'épargne le sciatique ou le trijumeau ; son action sur ce nerf serait néanmoins plutôt transitoire, dépassant rarement les limites d'une simple inflammation. Ainsi se trouvent expliquées la fugacité et la mobilité de ces symptômes s'éteignant, sans que la moindre intervention ait été tentée. Certes, il n'en va

plus de même de l'intestin ulcéré chez un tuberculeux :
ici, la persistance des phénomènes, souvent malgré
toutes les ressources de la thérapeutique, dénote une
atteinte autrement grave du tissu intestinal.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Service de M. le Professeur PONCET).

J. C. 34 ans, coiffeur, Lyon.

A 15 ans arthrites subaiguës, rhumatismales traitées sans succès par salicylate de soude, d'une durée de trois mois. Coxo-tuberculose du côté droit et mal de Pott dorso-lombaire. Absès froid quatre ans après à la cuisse gauche, quelques craquements aux deux sommets, d'ailleurs actuellement disparus. Entéro-colite : En 1901, douleurs intestinales, constipation, durée un mois.

En 1902, nouvelles coliques avec périodes d'acalmies.

Cinq à six selles par jour, durée sept mois.

J. C. âgé de 34 ans, a exercé la profession de coiffeur depuis quinze ans; sa mère est morte à l'âge de 38 ans d'une affection pulmonaire aiguë; il ignore les causes de la mort de son père. Il est marié depuis plusieurs années, sa femme est bien portante, il a un enfant également en bonne santé. Il est maigre, d'aspect chétif, le teint pâle et clair. Sa première

maladie date de l'âge de 15 ans, elle consista en une série d'arthrites subaiguës, d'aspect rhumatismal et traitées comme telles à l'Hôtel-Dieu, sans succès d'ailleurs, par le salicylate de soude. Les lésions articulaires cédèrent seulement au bout de trois mois, à la suite de vésicatoires appliqués localement, à l'exception de celles du coude gauche qui devinrent chroniques et nécessitèrent le passage du malade en chirurgie dans le service de Daniel Mollière qui immobilisa la jointure malade dans une gouttière plâtrée et ordonna des toniques à l'intérieur. Le coude guérit rapidement mais l'état général devint mauvais.

Durant un séjour à Longchêne, il fut atteint de troubles neurasthéniques graves avec perte d'appétit, amaigrissement, diminution progressive des forces dont la cause ne tarda pas à être révélée par le développement simultané d'une coxo-tuberculose du côté droit et d'un mal de Pott dorso-lombaire. Admis de nouveau dans le service de Daniel Mollière il fut placé dans une gouttière où il resta durant treize mois. La coxalgie fut surtout caractérisée par des douleurs et de la gêne des mouvements; elle se termina par une ankylose complète de la hanche. L'évolution du mal de Pott dorso-lombaire, parallèle à celle de la coxalgie aboutit à une gibbosité assez marquée. A la fin du treizième mois l'état général était excellent et tous les phénomènes aigus locaux avaient disparu. Rien à noter pendant les quatre ans qui suivirent lorsque se déclara un abcès froid au niveau de la cuisse gauche qui fut opéré dans le service de M. Jaboulay. Durant le temps de la cica-

trisation de l'abcès il se mit à tousser et à cracher; on reconnut à l'auscultation quelques craquements aux deux sommets, mais tout s'amenda en trois semaines. L'état général redevint bon et durant onze années la santé resta florissante malgré d'assez fréquents rhumes, accompagnés parfois de légères hémoptysies.

Depuis trois ans de nouveaux troubles ont apparu; en 1901 il fut pris de douleurs assez fortes au niveau du cœcum et du côlon ascendant qui l'obligèrent à s'aliter; la constipation était absolue; il fut malade environ un mois puis durant une période de dix-huit mois il n'eut aucun trouble intestinal. En 1902 au mois de mai, il eut de nouvelles coliques; elles étaient localisées au même endroit; le ventre à ce niveau était très douloureux à la pression; il ne garda le lit que quatre ou cinq jours; à ce moment là il était encore constipé; le médecin lui ordonna des calmants. Deux ou trois jours après il ressentit au niveau de tout l'abdomen des douleurs qui le tinrent pendant près de sept mois avec des périodes de calme. Ces douleurs survenaient le matin, et obligeaient le malade à quitter le lit; elles duraient trois, quatre heures, parfois toute la matinée: faisant la profession de coiffeur il lui était arrivé plus d'une fois de suspendre son travail et d'aller se coucher; ces douleurs étaient intenses pendant cinq à six jours, puis survenait une période d'accalmie qui était variable. Son ventre était un peu ballonné et douloureux à la pression.

A la constipation avait succédé de la diarrhée: le malade allait à la selle cinq ou six fois par jour, peu

de matière d'ailleurs à la fois, celles-ci étaient toujours très liquides. Souvent des faux besoins; il dit avoir eu même de la rectite à cette époque-là. Généralement l'après-midi se passait très bien. Il s'était mis au régime lacté qui n'avait en rien diminué ses souffrances. L'appétit avait complètement disparu; il avait maigri de dix kilos. Il eut aussi un peu de gastralgie. Il s'améliora ensuite, fut un mois à la campagne et depuis se trouve mieux de son intestin et de son estomac; ses douleurs ont complètement disparu et il va régulièrement à la selle tous les jours. Il n'y a jamais eu de sang dans ses matières. Enfin ces temps derniers ont apparu des tuméfactions localisées en certains endroits déterminés, des gommes bacillaires, au nombre de quatre, la quatrième est à la période de développement et située au niveau de la cuisse gauche. Il a toujours eu une existence pénible, il a enduré de nombreuses privations et a beaucoup travaillé dans des conditions hygiéniques déplorables.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. RABOT, médecin des hôpitaux)

Mlle M...

A 12 ans, angine a frigore et douleurs articulaires ayant cédé après quatre jours de traitement. En 1901 (septembre), nouvelles douleurs articulaires ayant persisté pendant six jours. Entéro-colite : douleurs abdominales assez intenses, selles dyssentériques jusqu'à douze par heure : durée treize jours (octobre 1901). Signes de broncho-pneumonie mort le 30 janvier.

Mlle M..., 15 ans, est la quatrième enfant d'une famille de six membres, tous bien portants. La mère est en bonne santé, le père légèrement alcoolique et diabétique est mort de tuberculose pulmonaire à l'âge de 60 ans. Sa tuberculose a débuté par une pleurésie droite qui a nécessité deux ponctions.

M... s'est bien portée jusqu'à l'âge de 12 ans. A cette époque un peu d'angine *a frigore* suivie de douleurs rhumatismales ayant cédé au bout de quatre jours à l'emploi de 3 grammes de salicylate *pro die*. L'hiver suivant, bronchite tenace ayant disparu à l'arrivée du beau temps. A peu près à ce moment, la malade devient chlorotique et, sur mon conseil, elle abandonne ses travaux et reste dans sa famille. Au pensionnat qu'elle vient de quitter, trois élèves de sa classe ont succombé à la tuberculose pulmonaire.

A sa rentrée dans sa famille, la mère remarque qu'elle est moins expansive que ses frères et sœurs, elle est, dit-elle, très renfermée, elle l'accuse doucement de mollesse. Le 28 septembre 1901, je suis appelé auprès de Mlle M... Elle s'est bien développée depuis que je ne l'ai vue. Elle est réglée régulièrement. Elle paraît grasse, fraîche, elle se plaint de douleurs articulaires dans les genoux et dans les articulations tibio-tarsiennes. Le pied gauche est très gonflé. Les articulations du genou sont très volumineuses, il est facile de déceler la présence d'un assez grand épanchement; elles sont très douloureuses; la douleur à peu près continue est exaspérée par les mouvements: la température est de 39°5, l'auscultation du cœur ne fait rien entendre d'anormal, les bruits sont bien frappés.

A l'auscultation du poumon droit, très léger souffle à la base avec une très légère submatité me faisant craindre un peu d'épanchement. J'ordonne le séjour au lit, la diète lactée et 4 grammes de salicylate de soude par jour dans de la tisane de feuilles de frêne.

Le 30, les douleurs se sont amendées, les articulations sont moins gonflées, le pied gauche n'est plus volumineux. Le souffle pulmonaire surtout expiratoire est aujourd'hui moins aigre et s'entend à peine. La température est de 38°5. Le 2 octobre, la guérison semble complète, la température est de 37° le matin, les articulations dont le volume est revenu à la normale ne sont plus douloureuses, tous les mouvements sont possibles; le cœur ne présente ni altération de timbre ni altération de rythme. Les règles qui étaient attendues n'ont pas fait leur apparition, le souffle pulmonaire a aussi disparu, la malade peut être considérée comme guérie. Je l'engage toutefois à garder encore le lit et à suivre la diète lactée pour éviter toute rechute. Le 6 octobre, au matin, je revois Mlle M... qui se plaint de coliques, de diarrhée abondante. La palpation du ventre révèle une douleur assez vive à la pression sur le côlon descendant de l'S iliaque. Les matières rendues ne sont expulsées qu'avec de très violentes douleurs; elles sont constituées par des mucosités sanguinolentes. Très abondantes la veille, elles sont moins fréquentes aujourd'hui; ténésme très accusé. Les douleurs abdominales, le ténésme redoublent à partir du 9. Les selles avec épreintes sont si fréquentes que l'on a dû garnir le lit de la malade qui ne peut plus faire aucun mouvement et se trouve dans

l'impossibilité de quitter son lit ; les lavements chauds, les lavements à l'acide borique, les lavements laudanisés ne donnent qu'un soulagement médiocre. L'emploi du laudanum de Sydenham par la bouche à la dose de 30 gouttes en vingt-quatre heures amène une légère accalmie, les selles par moments dans la journée (les 9, 10, 11, 12, 13, 14) étaient de douze par heure. Des bains de siège prolongés donnés les 14, 15, 16 octobre procurent un véritable soulagement. Le 19, les selles dysentériques ne reparurent plus ; constipation. Le 21 octobre, la malade est très faible et ne peut que difficilement se tenir assise, l'auscultation fait entendre un souffle voilé, lointain, tant inspiratoire qu'expiratoire entre la colonne et l'omoplate à peu près à la partie inférieure du tiers supérieur du poumon ; la percussion ne donne pas de modifications appréciables. La toux est fréquente, quinteuse, sans expectoration. L'état reste à peu près le même jusqu'au 1^{er} novembre.

Pendant toute cette période, la température est invariablement de 38°5 le matin à 39°5 le soir. L'état est toujours très grave, le souffle paraît se rapprocher chaque jour. Le 1^{er} novembre, la toux cesse d'être sèche, elle est accompagnée d'expectoration très abondante mais se faisant en très grande quantité à la fois : elle donne l'idée de vomique pleurale, cette expectoration est franchement purulente et je me demande si je ne me trouve pas en présence d'une pleurésie interlobaire en raison de l'abondance de l'expectoration. La malade est examinée à la radiographie : les résultats sont médiocres. Au point où s'entend le souffle se voit une grande tache noire qui ne m'apporte aucune clarté.

Le 14 novembre, M. le Dr X... pratique une série de ponctions exploratrices qui ne donnent pas de liquide, il ne s'agit donc pas d'une pleurésie interlobaire. Je puis avoir des crachats et un examen microscopique me montre l'existence de très grands bacilles de Koch. Jamais je n'ai vu de préparation en renfermant un aussi grand nombre. Le 15 novembre, souffle inspiratoire et expiratoire très net presque sous l'oreille entre la colonne et l'omoplate. Ce souffle est accompagné de râles sous-crépitanants fins. Matité à ce niveau. La température oscille toujours entre 38°5 et 39°5 atteignant parfois 40° le soir. L'anorexie est complète ; 40 respirations à la minute. Pendant la nuit, la malade est prise de crises de dyspnée.

Le 22 novembre, à trois travers de doigt au-dessous de la clavicule submatité, râles sous-crépitanants fins, souffle tubaire. Le 26, à gauche et en arrière entre l'omoplate et la colonne vertébrale, s'entend un nouveau souffle légèrement expiratoire très voilé et paraissant lointain. Du 26 novembre au 10 décembre, le souffle se rapproche, il s'entend à l'inspiration et à l'expiration et il est accompagné de râles sous-crépitanants fins pendant les grandes inspirations et la toux. L'état général devient de plus en plus mauvais ; l'amaigrissement va toujours croissant, la dyspnée persiste la nuit ; le jour, la malade a de 50 à 60 respirations ; continuation de l'hyperthermie ; le poumon en entier, mais surtout à droite fait entendre en dehors des points de broncho-pneumonie déjà signalés, des râles sous-crépitanants fins très abondants, ils sont un peu moins nombreux à gauche. Cet état reste le

même jusqu'au 24 décembre, il est alors aggravé par les douleurs abdominales spontanées et exagérées par la pression. Ces douleurs se montrent surtout au pourtour de l'ombilic. Elles ne persistent cependant pas et leur disparition me fait abandonner l'idée de péritonite tuberculeuse que j'avais eue un moment et à partir du 12 janvier, la dyspnée devient plus marquée, la malade ne peut plus faire un mouvement dans son lit sans être très oppressée. Les phénomènes stéthoscopiques sont restés les mêmes, la cachexie augmente et le 30 janvier la malade meurt dans un accès de dyspnée.

OBSERVATION III (personnelle)

G..., 64 ans, Saint-Augustin.

Tumeur blanche du genou (1865), guérie par ankylose. Rhumatisme articulaire aigu ayant duré trois semaines, à l'âge de 27 ans. Induration légère du sommet gauche; craquements au sommet droit. Entéro-Colite: Etant à Lonchène, en 1899, coliques assez intenses, six selles par jour, durée dix jours: — en 1901, crises très violentes, pas de diarrhée: durée quinze jours: — en 1902, douleurs supportables, cinq selles par jour: durée: quatre mois avec des accalmies de vingt jours: — en mai 1903, douleurs moins fortes encore: 5 selles: durée: 12 jours.

Mère morte à 72 ans, atteinte de bronchite chronique avec emphysème. Un frère mort de phénomènes pulmonaires. Personnellement il a eu une tumeur blanche du genou, en 1865 qui a guéri par ankylose; le malade n'en souffre plus depuis 30 ans; rhumatisme articulaire aigu s'étant spécialement localisé aux cou-de-pieds à l'âge de 27 ans et qui dura trois semaine envi-

ron. Depuis très longtemps il s'enrhume facilement ; il y a une dizaine d'années, il a eu une hémoptysie. Depuis 5 à 6 ans il a tous les hivers une bronchite plus sévère. Sa bronchite habituelle s'est aggravée depuis lundi dernier (avril 1903), époque à laquelle il est rentré à l'hôpital. Pas de toux, crachats peu abondants mais très purulents. Dyspnée assez marquée avec orthopnée. A l'examen on constate au nez une cicatrice de lupus à peu près guérie à l'aile gauche du nez. Aux poumons on note : aux bases et à la partie moyenne des signes d'emphysème avec sibilance et ronchus nombreux ; à la base gauche la respiration et l'ampliation thoraciques sont moindres qu'à droite. Aux sommets : il existe un peu de rudesse de la respiration au sommet gauche ; au sommet droit submatité surtout nette en avant. Exagération des vibrations, respiration rude avec bronchophonie et de plus dans les deux fosses sus et sous-épineuses on entend de nombreux craquements secs, surtout après la toux.

Au cœur on note un léger frottement présystolique. Les autres organes sont absolument sains ; la température s'est toujours maintenue en 37°,5 et 38°.

A plusieurs reprises le malade a été sujet à des troubles intestinaux. Une première fois, alors qu'il était à Longchêne pour sa convalescence, il fut pris de diarrhée : cinq à six selles par jour ; les matières rendues étaient très liquides, sans indice de sang ; elle disparut subitement comme elle était venue, après avoir duré six jours ; il avait eu également à ce moment des douleurs intestinales qui l'avaient beaucoup fait souffrir et qui étaient surtout violentes au moment d'aller

à la selle et diminuaient un peu ensuite. En 1901, un an et demi après, nouvelles coliques qui durant quinze jours persistèrent d'une façon continue, ne laissant pas de repos au malade ; ce dernier ne pouvait rester étendu dans son lit et seule la position assise arrivait à les calmer un peu. Elles revêtaient parfois la forme de véritables accès : « le malade ne savait où se mettre » et ces accès duraient souvent deux à trois heures. Le maximum de la douleur était à l'ombilic mais tout le ventre qui d'ailleurs était météorisé ne pouvait supporter la moindre pression.

Elles disparurent assez brusquement et le malade peu affaibli put vite reprendre son ouvrage. Pas de diarrhée. Au printemps dernier, 1902, le malade eut pour la troisième fois des coliques ; elles furent bien moins violentes que la fois précédente ; en revanche elles ont duré près de quatre mois avec des accalmies de vingt jours durant lesquelles il n'y avait pas le moindre malaise. Toutes les fois que les douleurs reparaissaient elles étaient accompagnées de diarrhée : quatre à cinq selles par jour : le malade n'avait pas perdu l'appétit et attachait une maigre importance à ce qu'il appelait un simple dérangement. Depuis le mois de juillet plus de phénomènes intestinaux.

En mai 1903, il était dans le service depuis deux semaines environ lorsqu'il souffrit à nouveau de son ventre ; des coliques étaient survenues qui sans être fortes avaient enlevé l'appétit au malade ; l'application de quelques cataplasmes le soulagèrent immédiatement ; il y avait huit jours qu'il souffrait ainsi quand la diarrhée s'installa : cinq selles liquides : douze jours après tout avait disparu.

OBSERVATION IV (Personnelle)

P..., 37 ans, domestique. Salle première femmes.

Rougeole dans l'enfance. A 20 ans rhumatisme articulaire aigu ayant résisté aux traitements. Bronchite en mai 1899; hémoptysie. Entéro-colite, mai 1899; coliques, dix selles par jour: durée deux semaines.

En mars 1900: crises abdominales, six selles par jour: durée trois jours.

En janvier 1903: douleurs très fortes, 8 selles: durée deux semaines.

Induration du sommet droit.

Père mort d'un cancer, mère morte d'une bronchite. A eu dix frères ou sœurs, l'un est mort d'une affection cardiaque, une sœur morte de la poitrine, un troisième du croup. Personnellement elle a eu la rougeole étant toute jeune, elle a été réglée à 18 ans. A 20 ans elle a eu un rhumatisme articulaire aigu ayant envahi les genoux et les poignets; elle prit de l'antipyrine pendant quelque temps qui n'eut pas l'air d'être très efficace; les douleurs disparurent insensiblement. Il y a quatre ans, en mai elle commença à tousser et elle eut alors une bronchite aiguë; elle eut en quinze jours quatre ou cinq hémoptysies légères et elle traîna ainsi pendant trois mois. Au dire de la malade elle aurait plus de tendance à s'enrhumer au printemps qu'en hiver, en tout cas, sa toux est toujours plus forte aux approches de la bonne saison. Elle a d'ailleurs toujours été malade et d'une constitution faible. Sujette à des adénites, elle a eu également des maux d'oreille. La malade est rentrée le 9 mai pour sa faiblesse et sa toux; elle a beaucoup maigri, de 52 kilos

qu'elle pesait en février elle est tombée à 43 ; la nuit elle a fréquemment des sueurs nocturnes. A l'examen des poumons on note : en avant, à gauche sonorité normale, la respiration semble un peu soufflante ; à droite légère submatité, vibrations un peu exagérées : quelques craquements secs après la toux dans la fosse sus-claviculaire ; en arrière à gauche sonorité et respiration normales dans toute l'étendue du poumon ; à droite submatité au sommet, exagération des vibrations, respiration rude ; pas de craquements même après la toux.

Ces temps derniers elle a eu deux vomissements de sang, d'ailleurs depuis deux ans il lui arrive de cracher du sang de temps à autre.

A la même époque où pour la première fois elle commença à tousser elle fut prise de coliques assez fortes ; elle ne suspendit pas son travail uniquement parce qu'elle avait peur d'être renvoyée par ses maîtres, mais il lui arrivait de s'asseoir et de se plier en deux sur sa chaise, tellement par moments elle souffrait ; c'était surtout au niveau de l'ombilic que la douleur avait son maximum.

La nuit elle mettait des briques chaudes sur son ventre ainsi que des emplâtres qui la soulageaient considérablement ; elle fut consulter un médecin qui diagnostiqua entérite : en même temps s'était montrée une diarrhée rebelle : dix selles liquides par jour : pas de faux besoins, pas de sang. Ces accidents qui durèrent deux semaines et qui étaient survenus brusquement cédèrent petit à petit. Elle fut ensuite dix mois sans avoir le moindre phénomène intestinal.

A la suite d'une contrariété, dit-elle, elle fut reprise de coliques qui durèrent trois jours seulement, sous forme d'accès après lesquels la malade était bien : ces accès duraient deux à trois heures ; elle eut encore la diarrhée : six selles par jour. Enfin, en janvier dernier elle eut de nouvelles douleurs intestinales qui persistèrent pendant deux semaines. Elle fut obligée de quitter son travail, tellement elle souffrait et c'était surtout au moment d'aller à la selle que la douleur prenait le plus d'acuité ; la malade allait facilement jusqu'à huit fois par jour à la selle et avait des épreintes et du ténesme ; elle se mit au régime lacté, tout appétit avait disparu. Durant ces deux semaines elle fut pendant cinq jours où les coliques et la diarrhée se calmèrent et lui laissèrent un peu de repos, puis ces phénomènes reprirent avec plus d'intensité et finalement cédèrent brusquement. Depuis elle n'a plus souffert de son intestin et va régulièrement à la selle.

OBSERVATION V (personnelle)

G. M..., couturière, 37 ans. Salle Sainte-Marie (Saint-Pothin).

Fluxion de poitrine en août 1902. — Induration du sommet droit : quelques craquements secs, rien à gauche. — Entéro-colite : en 1899 douleurs de moyenne intensité, constipation ; dix jours — en août 1902 : crises : quatre à cinq par jour très aiguës : sept à huit selles par jour ; trois semaines.

En avril 1903 : douleurs très supportables ; trois selles : cinq jours.

Mère morte à 36 ans d'une affection de poitrine. Personnellement la malade ne se souvient pas d'avoir

fait de maladies graves, étant toute jeune. Mais il y a une dizaine d'années la malade se mit à tousser et depuis cette époque elle est très délicate de la poitrine les hivers surtout. Au mois d'août dernier elle contracta une fluxion de poitrine; pendant dix jours elle eut une forte température avec toux et expectoration très abondante, puis son état s'améliora; néanmoins depuis cette époque elle est restée très délicate; son appétit a diminué d'une façon notable; il lui arrive assez fréquemment de transpirer la nuit; elle n'a jamais eu d'hémoptysie véritable mais une fois seulement 2 ou 3 crachats striés de sang après la toux. La malade se présente à son entrée à l'hôpital sous l'aspect d'une personne un peu chétive; à l'examen des poumons on constate: à droite: en avant sonorité normale; les vibrations sont également normales; en arrière on a à la percussion une submalité très marquée de tout le sommet droit; à la base cette sonorité redevient normale. L'auscultation ne révèle rien en avant; en arrière on a une abolition presque complète du murmure respiratoire dans les respirations ordinaires; ce n'est que dans les respirations fortes qu'on entend le bruit de la respiration; après la toux qui est exagérée comme tonalité on ne perçoit pas de râles humides mais quelques craquements secs.

On n'obtient aucun signe positif à gauche. La malade tousse un peu, mais l'expectoration est nulle; elle se plaint de voir sa force musculaire diminuer; c'est ainsi que lorsqu'elle veut marcher un peu elle devient vite essoufflée et prend mal au cœur. Elle ne présente pas de température.

En 1899 elle eut des coliques sans diarrhée. C'était une douleur qui sans être aiguë empêchait la malade de faire son travail, la station assise augmentant ses souffrances ; ses coliques s'étendaient à tout le ventre qui devint très ballonné, l'appétit diminua un peu ; survenues tout d'un coup elles durèrent dix jours puis cessèrent brusquement. Elle resta un an et demi sans avoir le moindre « dérangement ». En août dernier elles reviennent affectant un caractère autrement aigu ; ce sont des crises « à lui tordre le ventre » et elle s'efforce de modérer un peu sa douleur en s'accroupissant ; ces crises durent une demi-heure environ ; elle en a ainsi quatre ou cinq dans la journée, la nuit est relativement calme, le reste de la journée elle est un peu agitée et surtout agacée par des coliques vagues mais constantes. Diarrhée à ce moment : la malade ayant sept à huit selles très liquides dans les 24 heures ; pas d'épreintes, pas de ténésme.

Ces phénomènes intestinaux durent cette fois trois semaines, puis l'appétit revient et tout rentre dans l'ordre. Au mois d'avril dernier elle fut reprise de coliques qui durèrent exactement cinq jours, très supportables d'ailleurs, n'ayant pas ôté l'appétit ; trois selles liquides par jour.

OBSERVATION VI (personnelle)

V. J..., 50 ans, Saint-Pierre. (Saint-Pothin).

Sueurs. — Hémoptysies. — Induration des deux sommets : craquements. Entero-Colite ; douleurs assez intenses, jus-

qu'à dix selles par jour, durée deux mois et demi avec une période d'acalmie de quatre semaines.

Bonne santé dans l'enfance ; a eu des maux d'oreilles souvent. Rentré à l'hôpital le 10 octobre 1902 il accuse une faiblesse générale, de la lassitude des jambes, des points de côté ératiques, de la toux après laquelle il lui est arrivé de cracher du sang, de l'oppression, des sueurs qui n'ont fait qu'augmenter en novembre et décembre. Tous ces symptômes d'ailleurs se sont accentués davantage et le malade a maigri notablement.

Aux poumons, à cette date on note : au sommet droit de la submatité, une inspiration soufflante, une expiration prolongée avec par places de l'obscurité respiratoire ; quelques craquements secs à la fin de l'inspiration. Pas de gargouillement ni de râles humides. Au sommet gauche respiration très soufflante, retentissement très prononcé de la toux. Rien aux bases, pas de matité. Rien aux autres organes.

Le 18 octobre : pas de changement notable dans son état général ; il tousse toujours et présente de la dyspnée. Aux poumons on constate à droite : à la base un peu de submatité à la percussion, un peu d'obscurité du murmure vésiculaire dont le timbre est soufflant. A la partie moyenne du poumon et au sommet près de la colonne, submatité, respiration très soufflante ; au même niveau mais plus en dehors, sous l'omoplate, on a de l'obscurité respiratoire, quelques craquements secs s'entendant surtout après la toux.

A gauche respiration forte à la base à caractère supplémentaire ; pas de matité à ce niveau ; à partir

de la pointe de l'omoplate environ on a de la matité avec des craquements après la toux.

En avril 1903, alors qu'il était allé dans un service de chirurgie pour y être opéré d'une fistule à l'anus il fut pris subitement de coliques dans tout le ventre ; elles laissaient quelques moments de repos au malade dans la journée, puis elles reprenaient, très intenses. La nuit elles étaient un peu moins fortes ; tous les soirs d'ailleurs il prenait une potion pour la douleur. Un beau jour elles disparurent complètement et durant quatre semaines il ne souffrit plus du tout ; l'appétit était revenu et le malade était inscrit pour Longchêne à la fin du mois de mai. A ce moment il eut de nouvelles coliques qui furent plus violentes encore ; le chef de service lui conseilla de différer son départ. C'était surtout au moment d'aller à la selle que la douleur devenait intolérable puis elle diminuait un peu, son ventre était tendu, ballonné, non douloureux à la pression. Actuellement, en date du 8 juin, elles durent toujours.

Depuis le mois d'avril la diarrhée s'est montrée, en rapport avec l'intensité même des coliques ; il a eu jusqu'à dix selles par jour, souvent avec des faux-besoins. On lui a ordonné une potion au bismuth, malgré cela il a toujours eu cinq à six selles journellement. Comme les coliques elles ont cessé pendant quatre semaines et ont reparu ensuite.

Le malade vu le 14 juin va très bien ; tous ces accidents ont disparu.

OBSERVATION VII (personnelle)

S. 35 ans, journalier, salle St-Pierre (Saint-Pothin).

Légère induration du sommet droit. Entéro-colite, sept à huit selles par jour, coliques d'intensité assez forte ; durée un mois et demi. Accalmie de six mois. Réapparition des mêmes phénomènes ces temps-ci, en moins les coliques.

Le malade entre parce qu'il tousse et vomit tout ce qu'il prend.

Rien à noter au point de vue de l'hérédité bacillaire. Personnellement bonne santé habituelle jusqu'à il y a un an ; pas d'ethylisme, pas de spécificité. Il y a un an le malade vomissait tout ce qu'il prenait et immédiatement après ; il se présenta à Saint-Pothin où on ne le reçut pas car on ne lui trouva absolument rien. Il y a huit mois apparition d'une diarrhée assez intense ; le malade allait journallement sept à huit fois à la selle ; la nuit il avait un peu de repos, ce qui ne l'empêchait pas de se lever deux à trois fois. Les matières étaient absolument liquides ; nulle trace de sang ; pas d'épreintes, pas de ténésme. Bien que sa diarrhée fût abondante il ne consulta pas de médecin, il se mit au lit et à la diète absolue pendant cinq jours, sa diarrhée ne diminua point. Son ventre ballonné se laissait déprimer sans aucune douleur. Vingt jours ; après parurent des coliques localisées surtout au niveau de l'ombilic et du côlon transverse : c'était du moins en ces deux endroits où il prétendait souffrir le plus. Douleur sourde, agaçante, continue, elle devenait

à certains moments de la journée horriblement pénible ; le malade s'asseyait sur son lit pour se plier en deux, s'appliquait des cataplasmes puis une ou deux heures après la douleur perdait de son acuité.

Ces phénomènes durèrent un mois et demi et se calmèrent ensuite ; pendant six mois il ne ressentit plus de douleurs intestinales ; ses selles étaient de deux par jour. Ces temps derniers il vient de rentrer à l'hôpital pour ces mêmes accidents, la diarrhée s'est de nouveau montrée comme la première fois, mais les coliques font absolument défaut.

Depuis près de six mois qu'il tousse et crache, il n'a jamais eu d'hémoptysie, mais il a beaucoup maigri, d'une dizaine de kilos environ.

A son entrée malade -amaigri, pommettes variqueuses mais pas de cahecxie ni de décoloration des muqueuses. Aux poumons on note : à gauche rien de spécial ; à droite, en avant submatité, vibrations augmentées, respiration rude et obscure. En arrière il y a également de la matité, mais il est impossible d'entendre des craquements dans les fosses sus et sous épineuses et en faisant tousser le malade. Aux deux bases sonorité normale mais un peu d'obscurité respiratoire.

Les autres organes sont indemnes.

OBSERVATION VIII (personnelle)

D. P. matelassier, 33 ans, salle Saint-Bruno.

Congestion pulmonaire étant au service militaire. Entéro-colite survenue une première fois en mai dernier, ayant duré dix-huit jours, une deuxième fois en juillet,

ayant duré sept jours, une troisième fois fin août, la durée fut de douze jours. Douleurs intestinales aiguës revêtant parfois la forme de véritables crises, quatre à cinq selles par jour en moyenne. Induration des deux sommets avec craquements en plus au sommet droit. Pleurésie à grand épanchement le 24 novembre 1902, du côté droit.

Mère morte à 54 ans, après avoir toussé six mois, Tois frères morts de la poitrine. Personnellement pas d'adénopathie, mais il est sujet à des furoncles. Il était au service depuis six mois quand il eut une congestion pulmonaire pour laquelle il fut admis d'urgence à l'hôpital. Il continua à tousser pendant des mois, il n'eut jamais d'hémoptysie.

Au mois de mai dernier il fut pris de coliques qui durèrent quatre mois avec des intervalles de repos. La première fois elles furent très fortes; le malade fut obligé de suspendre son travail: il souffrait nuit et jour et prenait les positions les plus diverses pour calmer un peu sa douleur que des applications de cataplasme arrivaient à soulager un peu: la douleur était surtout forte au niveau de l'ombilic et le ventre était ballonné. Le malade allait à la selle cinq fois par jour; dix-huit jours après ces phénomènes se calmèrent subitement, l'appétit revint et il put reprendre son travail. Au mois de juillet nouvelles coliques qui furent aussi violentes que la première fois et le malade avait quatre selles très liquides par jour: le tout dura sept jours. Fin août ces troubles intestinaux reparurent; durant 56 heures les coliques furent aussi fortes que les deux premières fois; il fut consulté un médecin qui lui ordonna des cataplasmes et une potion pour la diarrhée. Il s'agissait de véritables crises, durant faci-

lement cinq heures et survenant trois à quatre fois dans la journée ; il n'était soulagé qu'après être allé à la selle ; la diarrhée n'était pas très intense, quatre selles par jour, pas d'épreintes. Ces phénomènes durèrent une dizaine de jours, mais dès le sixième, douleurs et diarrhée s'atténuèrent beaucoup et le malade put aisément s'alimenter.

Depuis cette époque les troubles intestinaux n'ont plus inquiété le malade.

Le 1^{er} novembre il prit froid et dut s'aliter, il entra le 2 à l'hôpital ; en quinze jours il avait maigri de 3 kilos. Aux poumons on constate en arrière : à gauche de la submalité au sommet, la percussion est un peu douloureuse, à l'auscultation on a une respiration emphysémateuse avec sibilances abondantes. Au sommet droit en arrière la respiration est soufflante avec du retentissement de la toux et quelques craquements. En avant pas de modification de la sonorité. Pas de signes à part les sibilances. L'expectoration est rare presque uniquement muqueuse.

Le 24 novembre il eut une pleurésie à grand épanchement du côté droit.

L'examen des crachats fut fait à ce moment et resta négatif. On a pratiqué trois ponctions successives : l'examen du liquide retiré a été fait deux fois et les deux fois la formule a été nettement lymphocytaire. Le malade était parti à Longchêne d'où il revient le 20 mars 1903. Son oppression a augmenté, il a eu une hémoptysie.

OBSERVATION IX (personnelle).

F..., monteur sur bronze, 55 ans. Salle Saint-Pierre (Saint-Pothin).

Abcès de la marge de l'anüs à 38 ans. Pleurésie gauche à 41 ans et ayant duré un mois et demi. Entéro-colite six mois après ; dix à douze selles les premiers jours, sept à huit le reste du temps, coliques intenses : durée trois semaines. Actuellement caverne à gauche, à droite ramollissement accentué.

Père mort à 57 ans d'une affection à marche lente, probablement de phtisie pulmonaire. Mère encore vivante, légèrement asthmatique. Un frère en bonne santé. Marié, il a une jeune fille bien portante. Jusqu'à l'âge de 41 ans bonne santé, pas de toux ni d'autres signes de phtisie ; cependant, trois ans auparavant, à 38 ans il eut un abcès de la marge de l'anüs pour lequel il entra dans le service de M. Albertin. A 41 ans, il eut une pleurésie gauche à début lent par point de côté et survenue sans cause déterminée par le malade ; il entra dans le service de M. Bouveret, qui lui fit une ponction ; il en retira trois litres de liquide mousseux, de coloration ambrée. Le malade resta un mois dans le service, puis partit vingt jours à la campagne et reprit son métier. Quelque temps après, environ six mois il fut pris subitement de coliques très violentes, s'irradiant à tout l'abdomen et à maximum au niveau de l'ombilic. Il dut suspendre son travail et rentra chez lui. Son ventre était ballonné et douloureux à la pression ; il fit appeler un docteur qui lui ordonna une potion calmante dont

l'effet ne dura pas plus de quarante-huit heures ; ce délai passé il recommença à souffrir de plus belle. Les douleurs intestinales étaient aussi fortes la nuit que le jour, des applications de briques très chaudes le calmaient momentanément. Avec cela une diarrhée très abondante, le malade durant les premiers jours allait jusqu'à dix et douze fois à la selle, c'était des matières très liquides, nullement teintées de sang, pas d'épreintes ni de ténésme ; les jours suivants elles diminuèrent un peu et tombèrent à sept ou huit. Comme pour les coliques il fut des journées où le malade se trouva mieux et où les selles ne furent que de deux ou trois. Tous ces phénomènes persistèrent néanmoins pendant trois semaines avec des moments d'accalmie pendant lesquels le malade reprenait un peu d'appétit. Enfin, le vingt et unième jour il souffrit plus que jamais et sa diarrhée redoubla, il eut jusqu'à quinze selles en vingt-quatre heures, il était sur le point de faire mander un médecin, lorsque dans la nuit tout céda brusquement et en quatre jours le malade fut sur pied.

Pendant un an il travailla en bonne saut, sauf un peu d'essoufflement quand le travail était pénible : après cette année-là il se mit à tousser, à perdre l'appétit et les forces, mais pas d'hémoptysie. Il resta encore un an à peu près sans se soigner, puis devant les progrès de la toux et de l'amaigrissement il alla trouver M. Bouveret qui le fit entrer dans son service où il resta six semaines. Il sortit un peu amélioré et se remit à travailler mais toujours péniblement pendant quinze mois. Puis il alla voir M. Jossierand qui le fit entrer dans son service. Il se remit au travail mais de

plus en plus péniblement : pendant ce temps il alla à l'institut Ponzio où on lui fit des injections de tuberculine (42 sans résultat aucun). Actuellement facies pâle ; depuis trois mois il est à Saint-Pothin ; ses lésions pulmonaires se sont rapidement aggravées, il est porteur d'une grosse caverne au sommet gauche ; à droite il existe du ramollissement. Il ne souffre nullement de son ventre et se trouve au contraire très constipé.

OBSERVATION X (personnelle)

C..., 37 ans, ménagère, salle Sainte-Marie (Saint-Pothin).

Angines à répétition. Laryngite persistante datant de 1902. Ramollissement du sommet gauche, légère induration du sommet droit 1902. On ne perçoit plus de craquement au sommet gauche qui est induré : Avril 1903. Entéro-colite : en 1901 (mars). Douleurs intenses ; quinze selles par jour ; durée dix-sept jours ; en 1902 (septembre), crises très fortes, cinq selles par jour, durée neuf jours.

Père et mère encore vivants très âgés, d'excellente constitution. Mari tousserait depuis de nombreuses années, tout en jouissant d'un bon état général. Six enfants, un mort à six mois de bronchite, le dernier est actuellement en traitement à la Charité pour bronchite également ; les autres vont bien. Dans ses antécédents on relève des « maux de gorge » fréquents ; il y a quelques années on pratiqua l'amygdalectomie et depuis lors, quoique y étant encore sujette la malade prend des angines moins fréquentes. Il y a plusieurs années, à la suite d'émotions violentes la malade se

mit à tousser, à avoir de l'orthopnée, de la fièvre; sans s'aliter elle dut se soigner assez longtemps. Dès le début de sa dernière grossesse elle toussa davantage, ressentit des points de côté, elle maigrit, perdit ses forces. Enfin depuis un mois, après avoir pris froid à la platte elle est prise d'une extinction de voix (1902), qu'elle présente toujours, mais depuis plusieurs jours sa voix semblait se voiler. Pas de dysphagie, légère douleur localisée au niveau du larynx. Pas d'hémoptysie, elle rentre à l'hôpital le 3 février 1902; à l'examen c'est une femme pâle, anémiée, d'apparence assez chétive.

Aux poumons on constate : au sommet gauche, en arrière légère submatité avec résistance au doigt, affaiblissement du murmure; craquements humides après la toux; en avant sonorité normale, craquements rares dans le creux sus-claviculaire après la toux. En auscultant le creux sus-claviculaire on entend même à pression très douce un souffle assez intense dans la sous-clavière.

Le sommet droit paraît sain en arrière; en avant la respiration est granuleuse, mais pas de craquements même après la toux. Les autres organes sont indemnes de toute lésion.

Elle revient à l'hôpital en avril 1903; ses lésions pulmonaires se sont amendées, on ne perçoit plus de craquements humides au sommet gauche, il reste de la submatité sans diminution notable du murmure et de l'exagération des vibrations.

En 1901, six semaines après un accouchement elle fut prise de coliques, sans cause apparente. Celles-ci

étaient très fortes, beaucoup plus fortes le jour que la nuit, leur maximum était à l'ombilic d'où elles s'irradiaient dans tout le ventre, une médication fut instituée pour calmer un peu ces douleurs qui pendant dix-sept jours ne discontinuèrent pas. En même temps se déclara une diarrhée qui en peu de jours affaiblit considérablement la malade ; elle allait journellement jusqu'à quatorze et quinze fois à la selle, elle avait fréquemment des faux besoins. L'appétit avait complètement disparu. Elle se remit néanmoins assez vite et au bout de dix jours elle quitta l'Hôtel-Dieu où elle était rentrée pour son accouchement.

Cinq jours après sa sortie elle souffrit de nouveau de son ventre, les coliques avaient reparu, moins fortes, mais l'obligeant toutefois à garder le lit, la diarrhée fut aussi moins abondante, quatre à cinq selles par jour ; ces accidents persistèrent une semaine.

Elle fut ensuite plus d'un an sans être inquiétée par son entérite, elle avait repris bon appétit lorsqu'en automne dernier elle eut de nouvelles coliques ; elle voulut néanmoins continuer son travail, mais la nuit elle avait comme des crises durant facilement quatre heures pendant lesquelles la douleur était très aiguë, son ventre était gonflé et douloureux à la palpation ; elle se fit des applications de cataplasmes et de linges chauds. La diarrhée revint encore, cinq selles par jours. Ces phénomènes durèrent neuf jours puis disparurent assez brusquement.

Depuis cette époque elle n'a plus eu aucun trouble intestinal.

OBSERVATION XI (personnelle)

R. J..., 38 ans, Saint-Augustin.

Induration des deux sommets surtout à droite. Purpura rhumatoïde. Lumbago, sciatique. Tumeur ganglionnaire du coude droit. Entéro-colite survenant à des intervalles de huit à dix mois et durant une quinzaine de jours environ; douleurs d'intensité moyenne, cinq à six selles par jour.

Père mort subitement; mère morte d'un néoplasme d'estomac, un frère mort en bas âge, deux sœurs vivantes et bien portantes.

Il n'est pas marié, il a toujours eu bonne santé. Pas de bronchites à répétition; le malade affirme ne pas tousser les hivers. Jamais il n'aurait eu d'hémoptysie. Cependant il y a deux ans et demi, il fit un séjour à Saint-Augustin, son diagnostic porte « alcoolisme, tuberculose ». A ce moment on constatait de la respiration obscure au sommet gauche et soufflante au sommet droit, sans râles ni expectoration, le malade avait en outre du purpura rhumatoïde. Il entre actuellement à l'hôpital pour du lumbago : douleur exquise à la pression des masses lombaires et au moindre mouvement; aux signes du lumbago s'ajoutent ceux d'une sciatique. Son état général est bon malgré une maigreur que le malade affirme lui être habituelle; appétit conservé.

Depuis trois ans, à des intervalles de huit à dix mois il est sujet à des coliques assez intenses pour l'obliger à suspendre son travail. Elles surviennent sans prodromes bien nets, la douleur surtout marquée au

niveau de l'ombilic s'irradie dans tout l'abdomen. Elle est surtout forte la nuit, dans la journée elle est plus supportable. Son ventre se ballonne et est douloureux à une pression même modérée. Ces coliques s'accompagnent toujours de diarrhée, le malade qui en dehors de ces crises va régulièrement à la selle tous les jours en a jusqu'à six et sept; pas d'épreintes, pas de ténésme. Ces phénomènes durent environ douze jours; il ne prend pas de médicaments et assez brusquement tout rentre dans l'ordre. L'appétit disparu revient sitôt que ces accidents se sont calmés et il reste ainsi longtemps sans avoir le moindre maalaise. Il ajoute que généralement, précédant ces douleurs et cette diarrhée il existe chez lui une période de constipation durant trois ou quatre jours. Ces temps derniers encore, en avril 1903, il eut pendant deux semaines cinq selles par jour, elles étaient liquides comme les autres fois, son ventre était tendu mais les coliques qui ont duré le même laps de temps ont été moins fortes que d'habitude.

A l'examen des poumons on ne constate à gauche aucun autre signe qu'une respiration obscure avec une expiration prolongée et un peu plus soufflante au sommet; à droite de la submatité en arrière et au contraire de la sonorité exagérée en avant avec du tympanisme sous la clavicule, les vibrations sont exagérées en avant et en arrière; à l'auscultation la respiration est très soufflante aux deux temps, pas de râles. La température a été normale. Le 6 février 1902 apparition d'une tumeur ganglionnaire épitochléenne et tuberculose verruqueuse de la peau du coude droit.

. OBSERVATION XII (personnelle)

G. J..., tisseur, 60 ans, Saint-Eucher (Croix-Rousse).

Bronchite datant de 1886. Induration du sommet droit : quelques craquements Entéro-colite; octobre 1895. Coliques sous forme d'accès ayant duré vingt-sept jours; en 1901 douleurs moins fortes; décembre 1902 et janvier 1903 coliques très fortes, six à huit selles par jour; durée vingt-un jours.

Mère morte à 81 ans, père mort à 61 ans asthmatique et bronchitique au dire du malade, deux frères morts de phtisie. Personnellement : marié, quatre enfants, deux morts de convulsions. Bronchite chronique datant de 1866, depuis cette époque il a toujours toussé. En 1880 ses bronchites ont commencé à s'accompagner d'oppression, pas d'asthme nocturne. Jamais d'hémoptysie. Il est rentré une première fois à l'hôpital pour son oppression, il avait alors assez bon état général quoique ayant maigri. Aux poumons on notait à ce moment une respiration presque silencieuse et une expiration prolongée. Dans toute la hauteur des deux poumons on avait de gros râles muqueux, le sommet droit était submat, la voix retentissante et les vibrations y étaient augmentées, on avait à cet endroit une respiration très obscure. Le 28 mars 1902 il fit un nouveau séjour à l'hôpital, toujours pour sa bronchite. Le 21 novembre de cette même année il y revint pour la toux et le sommet droit laissait entendre quelques craquements discrets après la toux. Enfin le 18 avril 1903 il est obligé de cesser son travail, son état général n'est pourtant pas mauvais, il a eu

néanmoins des sueurs nocturnes. L'auscultation du sommet droit révèle des craquements secs assez nombreux; à gauche on a de la bronchite diffuse.

Depuis 1895 le malade à plusieurs reprises a été sujet à des troubles intestinaux, c'est ainsi qu'au mois d'octobre de cette année il eut de violentes coliques qui durèrent trois semaines et l'obligèrent de s'aliter, elles venaient sous forme d'accès se prolongeant parfois au delà de six à sept heures pendant lesquels le malade ne savait où se mettre, puis brusquement la douleur cessait, laissant du repos le reste de la journée; le lendemain elles reprenaient leur intensité à peu près à la même heure, trois heures de l'après-midi et ainsi pendant vingt-un jours; en dehors des accès le malade s'alimentait encore assez bien, pas de diarrhée. En 1901 il fut atteint des mêmes phénomènes, quoique à un degré moindre, cette fois encore il n'y eut pas de diarrhée. En décembre 1902 et commencement janvier 1903 il eut des douleurs intestinales qui pendant dix-huit jours le firent horriblement souffrir. C'était comme les deux premières fois sous forme d'accès que survenaient ces coliques, le matin il durait facilement deux à trois heures, puis cédait assez brusquement; le malade était bien le reste de la journée jusque vers six heures du soir où il commençait à souffrir pendant trois ou quatre heures. La diarrhée s'installa, six à huit selles liquides par jour, épreintes et ténésme, jamais de toux. Il ne consulta pas de médecin et ne prit aucun médicament, vingt-trois jours après le malade était complètement rétabli et il n'a jamais plus rien ressenti.

OBSERVATION XIII (personnelle)

Ch. E..., journalier, 24 ans, salle Saint-Bruno.

Adénites dans l'enfance. Sueurs nocturnes. Induration du sommet droit. Pleuro-congestion de Woillez du côté droit. Entéro-colite; à l'âge de 11 ans coliques qui durèrent huit jours; à l'âge de 15 ans douleurs intestinales très fortes sous forme de crises, durée deux semaines. Septembre 1902: sept à huit selles par jour, coliques supportables, durée trois semaines.

Père mort il y a dix ans d'affection inconnue, mère vivante, un frère mort. Personnellement, bonne santé habituelle jusqu'à l'âge de 11 ans, époque où pour la première fois il fut atteint de coliques qui durèrent huit jours, elles furent assez violentes et le malade se souvient n'être pas allé à l'école pendant ce temps, on lui fit des applications chaudes sur le ventre qui le soulagèrent beaucoup; d'une intensité moyenne elles devenaient à certains moments de la journée bien plus fortes principalement le soir, puis tout se calma. A l'âge de 15 ans, il eut de nouvelles coliques; celles-ci furent très violentes, il lui était arrivé de se rouler à terre, ne pouvant d'aucune façon garder le lit, c'était par moment de véritables crises durant deux à trois heures et se calmant ensuite brusquement, son ventre était ballonné et douloureux à la pression, il ne vit pas de médecin à ce moment et ces phénomènes s'amendèrent, dit-il, au bout de deux semaines, dans l'intervalle il eut quelques journées relativement bonnes, il fut ensuite au régiment où il ne ressentit pas le moindre malaise. Enfin l'an dernier, au mois de

septembre il eut de la dyssenterie qui persista dix-huit jours, selles très liquides, légèrement sanguinolentes avec quelques épreintes, sept à huit par jour. Son ventre devint tendu et douloureux surtout au niveau de l'ombilic, mais il n'eut pas ces crises pénibles qui le firent tant souffrir, au bout de trois semaines tous ces accidents disparaissaient et ne se sont plus montrés depuis.

Il n'a jamais eu d'hémoptysies, mais seulement quelques sueurs nocturnes cet hiver dernier. Etant jeune il a eu plusieurs adénites, pas de maux d'oreille, pas de blépharite.

A son entrée à l'hôpital on constatait à ses poumons : à gauche rien de particulier, à droite, en avant submatité, exagération des vibrations, retentissement de la voix et de la toux, pas de craquements; en arrière mêmes signes. Ces temps derniers il a eu une pleuro-congestion de Woillez du côté droit; on y retrouve d'ailleurs encore des frottements pleuraux très marqués, la température s'était toujours maintenue très élevée. Actuellement le malade a assez bon appétit, malgré cela il est très pâle et n'a pas du tout de forces, il est proposé pour Hauteville.

OBSERVATION XIV (personnelle)

R..., domestique, 28 ans, salle Saint-Marthe (Saint-Pothin).

Palpitations, rétrécissement mitral? Cicatrice ganglionnaire du cou. Cicatrice d'ancienne ostéite du tibia droit. Arthrite tuberculeuse du genou gauche. A la même époque

(août 1903), entéro-colite : crises violentes, les deux premiers jours jusqu'à vingt selles par jour, six à sept les jours suivants, durée douze jours. Examen des poumons, négatif.

Un frère mort de tuberculose pulmonaire. Depuis son jeune âge elle a toujours été anémique, sujette à des palpitations pour lesquelles elle rentra à plusieurs reprises à l'hôpital de Roanne. On trouve au niveau du cou une cicatrice ganglionnaire, de même qu'il existe au-devant du tibia droit une cicatrice adhérente à l'os. Elle ne tousse pas, n'a jamais eu d'hémoptysie. Au mois d'août dernier, elle fut prise de douleurs au genou gauche, elle rentra aux 4^e Femmes. On lui dit qu'elle avait quelque chose au cœur, on la traita pour son état général, puis au bout de quelques jours, ses douleurs persistant on la mit en gouttière et on la laissa ainsi cinq semaines, on lui dit qu'elle avait une arthrite tuberculeuse. A la même époque survinrent des douleurs intestinales, brusquement un matin elles se montrèrent avec un caractère très aigu. Partant de l'ombilic elles s'irradiaient dans tout le ventre qui devint un peu tendu ; dans la journée elle avait de véritables crises qui l'obligeaient à s'asseoir sur son lit, elle n'était d'ailleurs bien nulle part, puis deux ou trois heures après elles se calmaient un peu. Quoique moins fortes, la nuit ces coliques empêchaient la malade de reposer ; en même temps, s'était installée une diarrhée qui fut très forte les deux premiers jours, la malade ayant jusqu'à vingt selles par jour, puis les selles ne furent plus que de six à sept. Les matières rendues étaient très liquides, pas d'épreintes ni de

ténesme. Ces phénomènes durèrent douze jours, ils avaient considérablement affaibli la malade qui s'alimenta exclusivement avec du lait, puis douleurs et diarrhée disparurent insensiblement, depuis elles ne se sont plus montrées.

Actuellement elle souffre encore de son genou gauche, bien que la marche ne soit pas très gênée ; elle souffre d'ailleurs dans les autres articulations de temps en temps, ces souffrances sont passagères.

L'examen des poumons est absolument négatif, l'examen des crachats fait à plusieurs reprises n'a jamais permis de déceler de bacille de Koch.

Au cœur il existerait un rétrécissement mitral ?

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Disons dès le début de ce chapitre que les recherches auxquelles nous nous sommes livré ont porté exclusivement sur des tuberculeux à lésions discrètes. Il eût été malaisé de mettre sur le compte de la toxine tuberculeuse chez des bacillaires avancés des phénomènes qu'une généralisation au tube digestif expliquait d'une façon autrement satisfaisante. A ceux qui préféreraient admettre la possibilité d'une tuberculose intestinale primitive nous objecterons que dans ce cas il est assez difficile de concilier les faits avec une telle hypothèse. Ainsi, nos sujets, généralement, au lieu de voir leurs accidents s'aggraver ou du moins rester stationnaires les ont vu s'amender considérablement ; tel qui, la première fois, avait eu de violentes crises et une diarrhée dyssentériforme a eu dans la suite des douleurs relativement supportables et des selles bien moins nombreuses. Cela prouve, dira-t-on, une régression des lésions intestinales, mais alors pourquoi ces mêmes sujets qui allaient mieux souffrent-ils de nouveau et souvent plus que jamais ? D'autres malades,

(observation IX) sont arrivés à un stade très avancé de leur phtisie pulmonaire et n'ont plus eu le moindre dérangement. Enfin, il n'est guère probable qu'un intestin où le bacille de Koch vit à l'état de granulations demeure plusieurs années sans donner lieu à des phénomènes soit douloureux, soit diarrhéiques (obs. III, IV, V, XII, XIII).

Beaucoup de nos sujets sont restés en effet très longtemps (plus d'un an) sans avoir le moindre symptôme puis, un beau jour, ont senti leur affection se réveiller, affectant quelquefois une allure très aiguë, d'autrefois apparaissant sous une forme très atténuée.

Sur les deux cents tuberculeux qu'il nous a été donné d'examiner, *quatorze seulement soit une moyenne de un pour quatorze* présentaient ces accidents d'entérocolite sur lesquels nous n'insisterons pas d'ailleurs très longuement. Assez brusquement, ainsi que le prouve l'ensemble de nos observations, quelques-uns sont pris de coliques violentes dont l'intensité croissante donne lieu à de véritables accès : ce sont alors des souffrances intolérables, l'abdomen tendu ne peut supporter une pression même modérée : tout cela dure rarement plus de cinq à six heures. L'accès passé, les malades n'éprouvent plus qu'un simple malaise et sont brisés le reste de la journée. Il ne faudrait pas croire que ces crises revêtent toujours le même caractère d'acuité ; comme nous le disons plus loin, certaines personnes dont les douleurs avaient été très fortes un an auparavant ressentent, à l'éclosion des mêmes phénomènes, des douleurs très supportables avec des accalmies se prolongeant au delà même de

cinq à six jours et donnant l'illusion d'une guérison complète. D'autres, sans avoir des crises de ce genre, éprouvent au niveau du ventre devenu un peu météorisé des coliques qui les obligent à suspendre leur travail et souvent à s'aliter, quand elles ne les empêchent pas de reposer la nuit, malgré l'application de cataplasme ou de linges chauds ; parties de l'ombilic et du côlon transverse où elles ont leur maximum, elles ne tardent pas à s'irradier à tout l'abdomen ; parfois même elles redoublent d'intensité jusqu'au moment où le sujet a été à la selle. Leur durée ne s'étend guère au delà de trois semaines et, chose assez curieuse, ces malades se trouvent vite rétablis, exception faite pour ceux qu'une diarrhée par trop tenace a mis dans un état d'affaiblissement considérable. Chez certains, en effet, elle a revêtu une forme presque dyssentérique, près de vingt selles en un jour, mais hormis deux ou trois cas, nos sujets n'ont guère eu plus de sept à huit selles, toujours très liquides et nullement teintées de sang ; quelques-uns ont accusé des épreintes et du ténesme.

Enfin nous avons noté dans deux ou trois cas, à l'apparition des premiers accidents, une constipation très prononcée qui d'ailleurs ne s'est pas renouvelée et nous n'avons pas trouvé de malades ayant présenté uniquement cette forme sèche d'entéro-colite bien connue ; pareillement nous n'avons point vu la diarrhée persister après la cessation des douleurs et même dans les accalmies auxquelles il a été fait allusion, les selles ont également diminué pour tomber à la normale.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

Les tuberculeux porteurs de hernie inguinale ou crurale peuvent à un moment donné de leur existence présenter des phénomènes en tout semblables à ceux que nous avons décrits; dans ce cas il est fort difficile de faire la part exacte de ce qui revient à la hernie et à l'intestin lui-même. Sur les 200 malades que nous avons examinés nous en avons rencontré plusieurs qui après nous avoir fait le récit de leurs troubles intestinaux nous avouaient une hernie; malgré les affirmations de certains d'entre eux faisant remonter les accidents à une époque bien antérieure à l'apparition de la hernie nous avons systématiquement laissé de côté ces bacillaires.

Il est, en outre, une affection peu connue que l'on trouve surtout chez des neurasthéniques et qui pour nous est d'autant plus intéressante à connaître que ces sujets plus que tout autre sont prédisposés à la tuberculose; le Dr Cherchewsky a d'ailleurs donné de

la maladie une description complète dans un article qu'il lui consacre dans la *Revue de Médecine*. Elle n'est pas en effet sans avoir des analogies avec ce qu'il est convenu d'appeler le pseudo-rhumatisme intestinal d'origine bacillaire. Ici encore les troubles de l'appareil digestif se manifestent souvent sous forme d'accès où les aliments ne jouent aucun rôle et où l'apparition spontanée de l'accès correspond à un rétablissement non moins subit.

Des douleurs aiguës accompagnent à différents degrés d'intensité cet accès en se concentrant tantôt du côté du foie, tantôt auprès de l'ombilic, ou bien affectant encore un caractère errant. A mesure que ces crises s'accroissent elles affectent tout le ventre, le ballonnement devient ou général ou localisé par quartiers sous forme de tumeurs qui se déplacent à vue d'œil; une pénible sensation de pesanteur apparaît au bas-ventre; de violents ténesmes obligent le malade à aller à tout moment à la garde-robe sans le moindre résultat parfois; après avoir duré un certain temps, depuis cinq, six heures jusqu'à des huit jours et même des semaines l'accès se termine provoquant souvent des évacuations abondantes. Au premier abord la distinction n'est peut-être pas, semble-t-il, très facile; il existe néanmoins un ensemble de signes suffisants pour dépister cette affection qui en somme est relativement rare. Ordinairement la plupart de ces malades se livrent presque exclusivement à des travaux intellectuels ou s'occupent de charges qui les exposent à une grande responsabilité; à toute aggravation du mal correspond une grande fatigue morale

ou une influence psychique quelconque et les intervalles de repos coïncident presque toujours avec des époques de calme psychique. Presque tous se plaignent de constipation habituelle n'alternant que très rarement et encore dans la minorité des cas avec des diarrhées périodiques, de ballonnement localisé ordinairement dans un endroit quelconque de l'abdomen, principalement dans la région des fausses côtes et ne s'étendant que rarement sur tout l'abdomen. Toutes ces personnes se plaignent de douleurs rhumatismales en les décrivant presque toujours d'une manière vague et indéterminée, en les considérant évidemment comme des phénomènes tout à fait accidentels : ces douleurs rhumatismales doivent plutôt être attribuées à la neurasthénie plus ou moins fortement prononcée.

Ce sont des malades qui continuellement se plaignent de faiblesse des jambes, surtout des genoux, ils fléchissent même après une station de très courte durée, ainsi que de douleurs éprouvées, disent-ils, à différentes parties du corps, principalement dans le dos et dans les jambes. Enfin il n'est pas jusqu'à la thérapeutique elle-même qui ne vienne confirmer le diagnostic qui dans ce cas doit être celui de troubles intestinaux purement névrosiques, car l'administration d'antispasmodiques réussit à merveille chez ces gens dont les purgatifs aggravent les accidents.

Il est à remarquer également qu'il existe des crises d'entéro-colite dont l'intensité rappelle bien les accès douloureux caractéristiques d'une sténose intestinale bacillaire, mais ici la douleur est fixe, l'abdomen se météorise toujours en débutant au même point, les anses intestinales serpentent sous la paroi.

On sent quelquefois une petite tumeur mobile que le toucher rectal ou vaginal pourront dans certains cas déceler ; enfin les signes généraux, car un obstacle siégeant sur l'intestin grêle doit entraver profondément la digestion et retentir sur l'état général : l'amaigrissement est très rapide en effet et s'accompagne d'une anémie véritable.

La diarrhée d'un tuberculeux dont l'intestin est ulcéré se distingue par sa durée, par sa teinte rougeâtre et par l'odeur putride qu'elle dégage quelquefois. Il ne faudrait pas croire néanmoins que le dévoiement soit absolument continu dans tous les cas ; souvent au contraire il est intermittent, survient sans motif, cesse au bout de quelques jours puis reparait, mais ici encore l'état général est le meilleur indice. S'agit-il de tuberculose secondaire à celle du poumon la cachexie de sujet s'accroissant de jour en jour ne permettra guère de confusion. Il est vrai qu'il existe des personnes indemnes de toute lésion pulmonaire et dont l'intestin tuberculisé primitivement donnera les phénomènes d'entéro-colite que nous avons décrits avec leur fugacité et leur mobilité habituelles ; mais est-il possible, avec un intestin renfermant des granulations même peu nombreuses, de leur trouver comme chez nos malades ces longues périodes d'accalmie se chiffrant par années, où il n'existe pas trace du moindre trouble digestif et où l'appétit est parfaitement conservé ?

L'entéro-colite muco-membraneux ne revêt pas toujours sa forme habituelle où la triade symptomatique constipation, rejet de membranes et douleur, ne sau-

rait permettre le doute un instant ; nous voulons parler ici de crises enteralgiques apyrétiques sous lesquels elle se montre parfois chez l'adulte. Ce sont des malades qui en plus de douleurs intenses, du ténesme, de sensation de brûlure à l'anus ont des selles très fréquentes quoique peu abondantes dans lesquelles le produit de l'hypersécrétion intestinale est expulsé sur le champ à l'état liquide, sans avoir eu le temps de se concréter en membranes ; en pareil cas le diagnostic pourrait facilement errer, mais généralement alors survient une débâcle spontanée ou provoquée : les malades évacuent une quantité considérable de muco-membranes nageant au milieu d'un flux diarrhéique d'odeur infecte.

Reste enfin la dysenterie : considérée dans ses phénomènes initiaux elle pourrait à la rigueur donner le change, mais l'existence bientôt après au milieu de la sérosité de lambeaux de membranes provenant de la muqueuse ulcérée, le nombre souvent prodigieux des selles s'élevant jusqu'à trente et même soixante par jour, les envies incessantes d'aller à la garde-robe n'aboutissant qu'à faire rendre au malade tout au plus le volume d'une cuillerée à café de matières sanglantes dénotent une désorganisation autrement profonde du tractus digestif.

Quant au traitement il sera purement symptomatique et devra viser en même temps que l'élément douleur, l'élément diarrhée. Contre le premier on utilisera avec profit l'action décongestionnante des cataplasmes et des applications chaudes sur l'abdomen ; si la douleur persistait on administrera quelques

gouttes, d'élixir parégorique ; l'opium deviendra même le remède de choix dans les cas où l'on aura à lutter également contre un flux diarrhéique par trop intense. Autant il faut savoir le respecter s'il n'est pas d'une trop longue durée, puisqu'en somme l'intestin devient alors un émonctoire salutaire, autant il faut le combattre s'il devenait pour les malades la cause d'un affaiblissement trop considérable ; le sous-nitrate, le salicylate de bismuth associés au naphtol, l'acide lactique à doses élevées (10 à 15 grammes) par jour seront d'une grande efficacité.

CONCLUSIONS

I. — A côté du rhumatisme tuberculeux articulaire doit donc prendre place une nouvelle forme que M. le professeur Poncet, dans une de ses communications à l'Académie de médecine, désignait sous le nom de rhumatisme tuberculeux abarticulaire. Celui-ci qui, d'ailleurs, peut avoir les localisations viscérales les plus diverses se manifeste du côté de l'intestin par des phénomènes d'entéro-colite assez particuliers, tels que l'apparition et la cessation souvent brusque des accidents, la répétition de ces mêmes accidents variables toutes les fois dans leur durée et leur intensité, avec des périodes d'accalmie se chiffrant par années dans certains cas, pendant lesquelles l'état général est excellent, enfin le rétablissement souvent très rapide des sujets même après les plus violentes crises.

II. — Une telle mobilité dans les symptômes et une curabilité aussi spontanée ne sauraient faire soupçonner la présence au niveau de l'intestin, de granulations ou d'ulcérations; il nous a semblé qu'elles devaient plutôt

relever des lésions purement congestives « fluxionnaires », n'ayant rien de tuberculeux au sens anatomique du mot, dues à l'élimination des toxines bacillaires par l'intestin, émonctoire fort important comme nous l'avons montré. Cela est d'autant plus admissible que nos 14 malades sont tous des tuberculeux à lésions discrètes et nous avons prouvé combien l'hypothèse d'une tuberculose intestinale primitive était en désaccord avec les faits que nous rapportons.

III. — La toxine bacillaire aime le système nerveux, comme les toxines microbiennes en général et les lésions irritatives, en tout cas de névrite légère qu'elle produit sur les nerfs, sur le sympathique dans le cas actuel, explique ces phénomènes d'entéralgie parfois excessivement douloureux chez nos sujets.

VU :

Le Président de la Thèse,
A. PONCET.

VU :

Le Doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 8 juillet 1903.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- A. PONCET. — Rhumatisme tuberculeux abarticulaire ; communication à l'Académie de médecine (15 juillet 1902).
- COURMONT et DOYON. — Lésions intestinales dans l'intoxication diphtérique expérimentale (Société de Biologie, février 1895).
- CHARRIN. — Société de Biologie, 1893.
- TEISSIER et GUINARD. — Archives de médecine expérimentale, 1897.
- GILBERT. — Colibacillose. Traité de médecine et thérapeutique.
- CLAUDE. — Thèse de Paris, 1897.
- ARLOING. — Leçons sur la tuberculose.
- D^r VILLEDIEU. — Sciatique tuberculeuse. Thèse 1901-02.
- D^r VAISSADE. — Névralgie faciale d'origine tuberculeuse. Th. 1901-02.
- PERROUD. — Névralgie chez les tuberculeux. Lyon Médical, janvier 1872.
- D^r CARRIÈRE. — Archives de médecine expérimentale et pathologique, 1897.
- D^r BARBIER. — Tuberculose infantile. Juin 1903.
- CHERCHEWSKY. — Contribution à la pathogénie des névroses intestinales (Revue de Médecine 1883).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Physiologie expérimentale.....	11
CHAPITRE II. — Anatomie-Pathologique et Pathogénie ..	18
CHAPITRE III. — Observations.....	26
CHAPITRE IV. — Symptomatologie.....	61
CHAPITRE V. — Diagnostic et Traitement.....	64
CONCLUSIONS	71
BIBLIOGRAPHIE	73

